

82
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

Henri MALÉCOT

Né à Angers le 8 mars 1873

SUR LE TRAITEMENT
DE LA
HERNIE GANGRÉNÉE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. TERRIER, Professeur.

TUFFIER et DELBET, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

Henri MALÉCOT

Né à Angers le 8 mars 1873

SUR LE TRAITEMENT DE LA HERNIE GANGRÉNÉE

Président : M. TILLAUX, Professeur.*Juges :* MM. TERRIER, Professeur.

TUFFIER et DELBET, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE .

LE DOCTEUR OMER HUGUENIN

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAITRES

De l'Ecole d'Angers

A MES PROFESSEURS

De la Faculté de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Nous croirions manquer à tous nos devoirs, si au début de ce travail, nous n'adressions pas à tous nos maîtres de l'Hôtel-Dieu et de l'Ecole de médecine d'Angers l'expression de notre profonde gratitude et de nos plus vifs sentiments de reconnaissance.

M. le D^r Legludic, comme chef de service à l'Hôtel-Dieu, comme professeur et comme directeur de l'Ecole de médecine, nous a donné dans le cours de nos études des témoignages de sympathique bienveillance que nous n'oublierons jamais.

Nous voudrions pouvoir exprimer à M. le D^r Monprofit, professeur de clinique chirurgicale, combien nous sommes heureux et fier de pouvoir nous dire son élève. Nous avons eu l'immense avantage d'être son externe alors qu'il nous enseignait la gynécologie et l'art des accouchements ; plus tard, pendant notre internat en clinique chirurgicale, nous avons pu profiter des savants conseils du maître que nous retrouvions, et admirer les éminentes qualités du

chirurgien. C'est à lui que nous devons l'idée de notre thèse. Il nous a montré dans plusieurs circonstances, et tout récemment encore, des marques d'intérêt et de confiance dont nous garderons précieusement le souvenir.

M. le Pr Tesson, dont nous fûmes l'interne pendant un temps malheureusement trop court, nous laissa une initiative considérable dans son service de chirurgie. Nous tenons à le remercier pour ces marques de bienveillance qu'il nous a si souvent données.

Nous devons une profonde gratitude à M. le Pr Feillé, qui fut notre premier maître à la clinique médicale et nous initia aux finesses de l'auscultation. M. le Pr Jagot et M. le Dr Thibault complétèrent notre éducation médicale et nous apprirent les difficultés du diagnostic. Nous leur devons de lourds tributs de reconnaissance.

A l'Ecole de médecine, nous avons étudié l'anatomie avec MM. Mâreau et Charier, qui savaient par l'habileté de leur scalpel et de leur pinceau, ou l'originalité de leurs démonstrations, nous faire trouver brèves les heures que nous passions auprès d'eux.

Nous avons eu le bonheur de pouvoir suivre l'enseignement de MM. Bahuaud, professeur d'histologie, Douet, Boquel et Martin. Nous les remercions vivement de la franche cordialité avec laquelle ils nous accueillirent toujours.

Nous avons eu aussi la bonne fortune de suivre

la clinique dentaire de M. le D^r Petit. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici toute notre reconnaissance pour les excellentes leçons et les bons conseils dont il sut nous faire profiter.

M. le Professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre gratitude pour le très grand honneur qu'il veut bien nous faire.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La gangrène herniaire est malheureusement un accident fréquent de la hernie étranglée, comme nous avons pu nous en convaincre maintes fois pendant notre internat dans le service de clinique chirurgicale.

Ces cas deviendront évidemment de plus en plus rares à mesure que la kélotomie sera pratiquée de meilleure heure. « Un chirurgien appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée subitement, disait le Professeur Terrier, ne doit le quitter, que lorsque la réduction de la hernie a été opérée ».

Grâce à l'ignorance ou à l'incurie des malades surtout à la campagne, le médecin n'est souvent appelé que très tard, vingt-quatre heures, quarante-huit heures et encore davantage après le début des accidents. Il faut encore compter avec la nature de la hernie, l'âge et le degré de résistance des hernieux et quelquefois encore avec les manœuvres des partisans acharnés du taxis à deux, quatre et six mains, comme le recommandait Gosselin.

Quoiqu'il en soit, tous les praticiens doivent, à notre avis, savoir quelle conduite tenir, lorsqu'au cours d'une kélotomie, après avoir ouvert le sac herniaire, ils trouvent gangrenée dans une étendue plus ou moins considérable l'anse intestinale qu'ils s'apprêtaient à rentrer dans la cavité abdominale. Les lésions sphacéliques assombrissent terriblement le pronostic, compliquent l'opération, et indiquent par leur étendue et par leur degré le genre d'intervention auquel on aura recours.

Notre sujet nous a forcé de consulter un grand nombre de récents ouvrages. Neus ne citerons que ceux que nous avons lus avec le plus de fruit : les traités de chirurgie de MM. Le Dentu et P. Delbet, de Duplay et Reclus ; les beaux livres de Terrier et Baudoin sur la suture intestinale, et de Jeannel sur la Chirurgie de l'intestin. Les thèses de Barette (1883) de Derocque (1895) nous ont fourni de bien précieux renseignements.

Forts de ces excellentes lectures et nous appuyant sur les observations que nous avons nous-mêmes recueillies et sur quelques autres, nous avons l'intention dans ce modeste travail de parler du traitement rationnel qui convient à chaque genre de gangrène herniaire, sans prétendre faire un travail complet sur le traitement de la hernie gangrenée.

Pour atteindre plus sûrement notre but, nous

avons cru bon de nous imposer l'ordre suivant dans le développement de nos idées.

Dans une première partie, nous dirons un mot de la gangrène herniaire proprement dite.

Nous exposerons ensuite le traitement de la gangrène limitée de l'intestin.

Notre troisième partie sera réservée au traitement de la gangrène herniaire étendue et elle comprendra la critique et la discussion des différentes méthodes que nous aurons indiquées.

Enfin l'exposé des observations personnelles et autres fera l'objet d'une dernière partie.



CHAPITRE I

Considérations générales sur la gangrène herniaire

S'ils ne sont pas arrêtés dans leur marche, les phénomènes d'étranglement herniaire ont toujours comme résultat le sphacèle de la portion intestinale ou épiploïque qui est étranglée. Ils n'amènent pas d'emblée des lésions anatomiques d'une aussi haute gravité. La kélotomie permet d'en surprendre tous les degrés et par l'expérimentation on a pu reproduire et suivre sur les animaux l'évolution complète des phénomènes anatomiques qui caractérisent la gangrène herniaire. Grâce aux travaux de Jobert de Lamballe, de Léon Labbé, de Schweninger, de Motte, de Nicaise, nos connaissances sont assez complètes sur ce sujet ; dans les Archives de médecine expérimentale, Cornil et un savant russe Tschistowitch d'un côté, J. Bosc et M. Blanc d'autre part, ont précisé les caractères histologiques et minutieusement décrit le

processus qui donne naissance à la gangrène de l'intestin hernié.

Notre rôle n'est point ici de rechercher la pathogénie et le mécanisme de la gangrène herniaire, de discuter les opinions de Richter et de Scarpa qui n'admettaient que des causes purement mécaniques. ou celle de Malgaigne qui faisait de l'inflammation la cause presque unique de l'étranglement de l'intestin. Nous nous en rapportons aux conclusions du P^r Berger. Deux éléments s'associent toujours pour produire l'étranglement, l'un est la constriction, qu'éprouve l'intestin de la part d'un orifice trop étroit, l'autre est le travail inflammatoire qui s'empare de l'anse intestinale étranglée et augmente considérablement la constriction.

La première période de l'étranglement est marquée par une extrême vascularisation de l'anse intestinale enserrée qui offre une coloration uniforme successivement rouge vineux, brune et presque noire. La mortification prochaine s'annonce déjà par un œdème inflammatoire du tissu sous-muqueux de l'intestin. Cette période est caractérisée par la stase veineuse due à la compression des vaisseaux et par la congestion passive qui en résulte.

La deuxième période montre un sillon d'étranglement très net, très profond et très persistant. En certains endroits, on peut déjà distinguer quelques petits points en imminence de perforation. Ces perforations

débutent comme l'ont montré Gosselin, Labbé et Nicaise par les tuniques internes, elles se font de dedans en dehors. Ces lésions, d'après Cornil et Tschistowitch, seraient le résultat de la congestion et de la stase veineuse primitives aidées dans leur travail par le suc intestinal.

Enfin l'anse herniée est à une troisième période frappé de gangrène dans une plus ou moins grande étendue. Il est quelquefois difficile de se prononcer sur le degré de vitalité de différents points de l'intestin ; il en était ainsi dans le cas de Louis C.... (observation V) à propos de certaines plaques grisâtres qu'on trouvait disséminées un peu partout sur l'intestin. Nous n'avons néanmoins pas un instant eu l'idée de rentrer dans le ventre cette anse intestinale, car il vaut mieux à notre avis, traiter une anse suspecte comme une anse gangrenée. Souvent aussi, il n'est guère possible de se tromper sur les lésions sphacéliques de l'intestin, quand par exemple, il est nettement de couleur feuille morte, qu'il présente la coloration jaune sale rappelant celle des matières fécales selon l'expression de Nélaton, quand l'escarre est arrivée au stade de ramollissement putride et d'élimination, quand les matières fécales passant à travers l'orifice de perforation viennent, comme nous l'avons relaté dans une de nos observations personnelles, souiller les compresses aseptiques qui protègent la plaie et la cavité péritonéale.

Ces troubles si graves dans les tissus intestinaux se traduisent-ils par des symptômes bien nets ? La gangrène de l'intestin serait annoncée par un soulagement momentané, une détente, un calme trompeur, la cessation des vomissements que nous avons constatée chez tous les malades dont nous rapportons plus loin l'histoire. Le visage s'altère de plus en plus, le pouls devient petit, la température s'abaisse tombe à 36° et quelques dixièmes, le hoquet devient plus fréquent. Peut-être les phénomènes locaux sont-ils plus sûrs ? La tumeur herniaire rougit, devient œdémateuse ; si l'on palpe doucement la hernie, on constate une certaine mollesse, une consistance pâteuse ; puis, ce qui nous a toujours semblé difficile à percevoir, la percussion ferait naître une sorte de crépitation, de clapotement dû au mélange du liquide et des gaz. Quelquefois les environs de la tumeur nous présentent une inflammation phlegmoneuse diffuse, ce qui est souvent l'indice d'un phlegmon stercoral.

Il faut bien dire que tous ces signes cliniques sont très aléatoires, très incertains et qu'ils ne pourraient entraîner un diagnostic de gangrène herniaire, que s'ils se produisaient chez un malade en traitement à l'hôpital et rigoureusement suivi et observé dans les progrès de son étranglement herniaire.

Si l'on savait seulement combien il faut de temps à une hernie étranglée pour se sphaceler, d'autre part déterminant le moment précis de l'étranglement,

on pourrait affirmer à l'avance l'état de l'intestin que contient le sac herniaire. Mais il est difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser le temps nécessaire, pour que ces lésions sphacéliques se produisent. Gosselin dit qu'il est exceptionnel que la vitalité de l'intestin soit sérieusement compromise après vingt-quatre heures d'étranglement, Macready rapporte néanmoins un exemple où la gangrène a été observée cinq heures après l'étranglement : Richter cite des faits où il n'a pu rentrer l'intestin dans le ventre huit heures après le début des accidents. Vidal, cité par Berger, ayant opéré une hernie à cinq heures du soir, vit se produire une fistule stercorale, signe certain d'une perforation intestinale, alors que l'intestin n'était étranglé que depuis le matin à six heures. D'un autre côté, Gosselin raconte qu'au cours d'une kélotomie pour hernie crurale, il trouva intact l'intestin qui était étranglé depuis vingt-cinq jours. D'après nos propres observations, nous voyons que Louise C... (observation n° V) arrive après trente-six heures à la gangrène herniaire, que Marie B.... (observation n°) après huit jours d'étranglement est loin d'avoir un intestin en aussi mauvais état que Marie D.... qui, quatre jours après le début des accidents de hernie étranglée ne peut subir l'enterectomie avec le rétablissement immédiat de la continuité du tube digestif. On dit en général que dans les grosses hernies qui renferment beaucoup d'épiploon, l'in-

testin résiste mieux et beaucoup plus longtemps à la constriction. Mais que d'exceptions ! Ainsi c'était une hernie ombilicale très volumineuse et renfermant beaucoup d'épiploon, que cette hernie de Marie D..., qui était tellement sphacelée qu'après quatre jours d'étranglement on dut faire un anus contre nature ; il est vrai, et ceci doit entrer pour une grande part dans l'étiologie de la gangrène herniaire, que la malheureuse femme à laquelle nous faisons allusion, avait subi de nombreux et vigoureux taxis.

Avant d'avoir l'intestin sous les yeux, rien ne pourra donc permettre au chirurgien de dire avec certitude que l'intestin est ou n'est pas gangrené. « Il faut, disait J.-L. Petit, que le livre de la vérité soit ouvert, c'est-à-dire que le sac herniaire soit incisé, pour qu'on puisse exactement apprécier les lésions sphacéliques des viscères herniés ». Le chirurgien qui pratique une kélotomie ne devra donc jamais oublier qu'il peut trouver un intestin en mauvais état et il devra toujours se tenir prêt à intervenir sagement quelque soit la lésion sphacélique qu'il aura sous les yeux.

La gangrène de l'anse herniée ne se présente pas toujours sous le même aspect : elle peut être dou-teuse, limitée ou étendue. Quand elle n'est pas totale, elle est ordinairement localisée au contour de la portion serrée ; c'est alors une escarre variable comme étendue, correspondant à la partie la plus saillante et

la plus résistante de l'anneau constricteur. Tantôt, sur le reste de l'anse, on voit une ou plusieurs plaques de mortification, qui lui donnent un aspect marbré ; enfin l'intestin étranglé peut être atteint tout entier par la gangrène ainsi du reste que l'épiploon entraîné avec lui.

La conduite à tenir n'est pas du tout la même dans le cas de gangrène limitée et dans le cas de gangrène étendue ; c'est ce que nous essaierons de démontrer dans les chapitres suivants. Quant à la gangrène douteuse, nous la traiterons, suivant l'avis de la plupart des auteurs, comme la gangrène vraie.



CHAPITRE II

Gangrène limitée

Le sphacèle peut bien ne pas se généraliser à l'anse herniée tout entière, mais se localiser, avons-nous dit, en un point précis qui deviendra souvent une perforation au moment de la déchirure des adhérences qui unissent l'anse au sac. Les dimensions de cette escarre et sa forme sont très variables. Quelquefois, la lésion est arrondie, de la grosseur d'une tête d'épingle, d'une lentille et davantage, d'autres fois, elle est longue et étroite, linéaire pour ainsi dire. La suture de la paroi intestinale est le traitement de ces lésions.

Si nous voulions faire scrupuleusement l'histoire de l'entérorraphie latérale, nous distinguerions deux grands chapitres. Le premier comprendrait la suture latérale appliquée aux plaies intestinales, le deuxième serait celui de l'entérorraphie latérale dans le traitement de la gangrène herniaire.

D'après Jeannel, Celse et Galien n'auraient pas reculé devant une suture intestinale, mais c'est au moyen âge en Italie que nous relevons les premières observations bien nettes d'entérorraphie latérale : elle sont dues à Salicetto, Mondini de Luzzi et à Guy de Chauliac. Plus tard, Palfyn imagina un procédé qui porte son nom et qui fut repris plus tard par Le Dran ; il consiste en un point de suture suspenseur, sans nœud ; c'est une suture en anse. Garengot, en 1748, fit un surget pour la première fois ; il eut de nombreux imitateurs entre autres, Sabattier, Richerand et Bell. Dans les plaies transversales comme dans les plaies longitudinales, les deux lèvres étaient affrontées simplement l'une à l'autre. La solidité n'était pas parfaite quand l'intestin avait été coupé perpendiculairement à son axe, aussi Chopart et Desault en 1784 cherchèrent-ils à produire l'invagination dans la cavité intestinale. Cooper proposa la ligature, faisant en somme un affrontement muco-muqueux. Les principaux progrès furent réalisés au début de notre siècle par Jobert de Lamballe 1824 et Lembert 1826. Mais depuis cette époque que d'améliorations n'a-t-on pas apportées dans la technique opératoire et aussi dans l'établissement des indications.

Nous devons citer les travaux de Dupuytren, de Czerny, Wolfler, les méthodes de Reybrard 1827, de Bobril 1850, de Bouisson, de Péan 1869, de Bérenger-Féraud, de Faure 1895. Nous devons aussi men-

tionner la greffe intestinale de Gely 1844, de Privat, de Chaput.

Les premières observations d'enterorrhaphie latérale au cours de la kélotomie sont dues à Huguier. Il fut suivi dans cette voie par Giralaldès, qui, à la Société de Chirurgie, cita sept opérations de perforation pathologique de l'intestin faites par Astley-Cooper, Lawrence, Gibson, Cloquet et Laugier ; six fois la suture de la plaie intestinale fut faite avec succès. En 1882, Barette dans un excellent travail, démontra l'importance et fixa les indications de l'entérorraphie latérale au cours de la kélotomie. Sur vingt-quatre opérations de suture ou de ligature intestinales pour gangrène herniaire, il eut vingt et un succès ; c'est un résultat encourageant.

Depuis, de nombreux travaux ont été publiés sur cette question et les succès opératoires ne font que s'accroître.

Notre intention n'est point, après ces quelques mots d'historique, de passer en revue tous les procédés d'entérorraphie latérale que nous avons vu si bien décrits dans le livre de M. F. Terrier et M. Baudoin ; nous nous bornerons à exposer ceux qui nous ont paru les plus importants et les plus utiles à connaître.

Suture de Lembert, 1826. — C'est une suture non perforante, séro-séreuse, à points entrecoupés. Elle fut si bien décrite par son auteur alors qu'il n'était

encore qu'interne en médecine, que nous ne saurions mieux faire que de rapporter les principaux passages de sa description : « Le chirurgien, ayant la main droite armée d'une aiguille simple, dans laquelle est engagé un fil de lin ou mieux de soie, porte l'index de la main gauche dans la cavité de l'intestin et fixe ainsi les lèvres de la plaie. Il est plus avantageux de faire tendre les bords de la plaie par un aide. L'opérateur enfonce l'aiguille à deux lignes (cinq millimètres) environ du bord saignant, dans la paroi intestinale qu'il traverse de part en part, ou bien il fait glisser la pointe de l'aiguille entre les membranes muqueuse et musculuse, suivant que l'intestin est plus ou moins épais, et il la fait ressortir à une ligne (2 mm. $\frac{1}{2}$) environ du bord saignant, en sorte que le fil embrasse en dehors de ce bord une ligne (2 mm. $\frac{1}{2}$) à peu près des parois de l'intestin. Ce premier point passé, on dirige la même aiguille vers le bord opposé, à une ligne (2 mm. $\frac{1}{2}$) duquel on l'enfonce de même en traversant complètement la paroi, ou simplement en l'enfonçant dans l'épaisseur des membranes musculuse et sous-muqueuse : on fait ensuite ressortir l'aiguille à une ligne (2 millimètres et demi) de cette première piqure, par conséquent à deux lignes (cinq millimètres) du bord saignant, comme on a fait pour l'autre lèvre de la plaie, en sorte que le même fil pénètre deux fois dans les parois de l'intestin et deux fois en sort. On voit qu'il embrasse, en dehors de

chaque bord saignant, sur la connexité de l'intestin, une ligne (deux millimètres et demi) du cylindre que forme l'intestin. » Si l'on serre le fil, chaque partie s'accôle à l'autre par sa surface séreuse. Les bords libres sont renversés en dedans et font saillie dans l'intestin. Lembert a donc eu le double mérite : d'adosser des séreuses sans perforer la paroi intestinale.

Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître la suture de Lembert comme le vrai type des sutures séro-séreuses, mais l'asepsie ne leur permet plus de suivre le conseil donné par l'auteur lui-même, qui recommande d'introduire l'index gauche dans la cavité de l'intestin, au risque, en le reportant sur la séreuse, d'inoculer celle-ci. Cette méthode a de grands avantages : elle est applicable à presque tous les cas de gangrène limitée, elle est d'une exécution facile, ne donne lieu à aucun écoulement sanguin et permet une contention parfaite des matières intestinales. Quelques adversaires lui ont reproché de rétrécir le calibre de l'intestin, et de favoriser l'obstruction intestinale ; mais ce reproche nous paraît exagéré.

Méthode de Dupuytren. La suture de Dupuytren est le type des sutures non perforantes à points continus ; c'est tout simplement un sujet séro-séreux fait à la mode de Lembert. Elle offre toutes les garanties de la vraie suture de Lembert, elle est très fréquemment employée.

Méthode de Gély.— Le procédé consiste à utiliser l'adossement des séreuses et le demi-renversement des parois de Lambert. On prend un fil armé à chaque bout d'une aiguille ordinaire. Une aiguille est enfoncé parallèlement à la plaie en dehors et en arrière d'un des angles, à 4 ou 5 millimètres. Elle ressort après un trajet de 4 à 5 milimètres dans l'intestin. On exécute la même manœuvre avec l'autre aiguille de l'autrè côté de la plaie. Les fils sont alors croisés ; l'aiguille gauche va à droite, la droite à gauche ; chacune d'elle sert à faire un nouveau point comme le premier. Il faut la piquer dans le trou de sortie du fil qui vient d'être porté du côté opposé. La manœuvre d'ensemble est continuée jusqu'au bout de la plaie ; il n'y a plus ensuite qu'à serrer. Cette suture en piqué est très solide mais nous ne lui reconnaissons pas d'avantages considérables sur celle de Lambert et elle a le défaut d'être perforante et de froncer les lèvres de la plaie.

Méthode de Cooper. — Cooper, dans les toutes petites plaies de l'intestin, s'abstenait de faire quelques points de suture ; il saisissait avec une pince les lèvres de la petite plaie et plaçait une solide ligature comme s'il se fut agi de lier une artère.

Dans la thèse de Barette, que nous avons déjà citée, il est relaté six observations de petite escarre dans l'étranglement herniaire guéries par la ligature,

Nous ne connaissons pas par expérience ce procédé, mais il nous semble moins sûr que la suture.

Méthode de Martinet. — Le procédé auquel Martinet a donné son nom n'a pas été employé pour la première fois par ce chirurgien; Daviers, d'Angers, en 1869 et Bœckel en 1875 avaient déjà utilisé ce mode opératoire. En Allemagne, H. Lindner passe pour en être l'auteur (Berliner Klin Woch 16 mars 1891). Enfin, dans le travail de Dagot en 1891, il est question d'une hernie gangrenée qui fut guérie par ce procédé. Le mérite de Martinet, s'il n'a pas inventé cette méthode, est de l'avoir appliquée non plus comme une suture de précaution contre une perforation imminente ou comme procédé d'entéroplastie pour les sections limitées, mais comme traitement des escarres étendues. Le manuel opératoire est des plus simples.

Il faut, dit M. Guinard, placer sur toute l'étendue de l'anneau de sphacèle une série de sutures à la soie à points séparés, en ayant soin de ne pas perforer la muqueuse de l'intestin et en restant dans les tissus sains, de façon qu'après avoir adossé deux surfaces péritonéales au devant de la portion sphacélée, cette dernière soit toute entière contenue en saillie dans la cavité intestinale. Il faut faire en outre un second plan de sutures sero-séreuses au delà du premier de sorte que la partie gangrenée doit faire à l'intérieur de l'intestin un bourrelet circonférentiel analogue à un diaphragme optique. Le point de suture employé

peut être celui de Lembert ou celui de Dupuytren, et beaucoup de chirurgiens pour assurer l'adossement des séreuses font un troisième étage de sutures.

Par ce procédé du tout à l'égoût, de l'invagination de la plaque gangrénée, le mécanisme de la guérison est simple. Des adhérences séro-séreuses rétablissent la continuité de l'intestin, pendant que la portion invaginée se sphacèle et tombe à mesure dans la cavité intestinale. Guinard, Piéchaud, Jaboulay ont eu souvent recours à ce procédé et ont compté autant de succès que d'opérations. Nous avons vu deux de nos collègues et amis, MM. Pellier et Canonne, reproduire la méthode de Martinet pour le plus grand bien de leurs malades.

Quand l'escharre présente une trop grande largeur, le plissement de la paroi intestinale nécessaire pour l'inclure risquerait d'amener la production d'un rétrécissement de l'intestin. Si l'on redoute cet accident, on pourra suivre le conseil de Chaput et faire l'excision losangique de l'intestin.

Méthode de Chaput. — C'est une opération qui consiste à pratiquer une résection partielle de l'intestin emportant toute la région malade ou perforée, en la circonscrivant dans un losange à grand axe parallèle à l'axe de l'intestin. On réunit ensuite deux à deux, chacun des côtés des angles obtus du losange ; la plaie de résection se trouve ainsi suturée transversalement et tout rétrécissement est évité. « Mais pour

que la suture soit possible, ajoute Jeannel, il faut que le grand axe du losange soit moins long que n'est long l'arc de la circonférence de l'intestin compris entre les sommets des deux angles obtus du losange, sans quoi, au lieu d'une suture linéaire, on aurait une suture en croix.

Parmi les autres procédés de sutures qui sont encore très nombreux, nous pouvons citer les méthodes de Czerny, de Wolfler, de Bobrik, de Bouisson, et les méthodes avec instrumentation plus ou moins compliquée de Péan, Béranger-Féraud, Bonnier, Matas, Faure et Suarez.

En somme, les seules contre-indications de l'entérorraphie latérale pour gangrène herniaire résident dans l'étendue, la forme et la multiplicité des lésions sphacéliques. Quant au choix du procédé à employer, nous préférons de beaucoup la suture à la ligature qui offre bien moins de sécurité. Nous mettrons au premier rang le procédé du tout à l'égoût avec une suture de Lembert ou de Dupuytren à double ou triple étage. C'est un procédé simple, facile et rapide, qui ne demande pas d'instrumentation spéciale ; le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est de favoriser le rétrécissement de l'intestin ; mais on pourra toujours éviter cet accident en suivant le conseil de Chaput, comme nous venons de le décrire. Nous pourrions donc volontiers conclure avec M. Guinard :
« Le procédé de Martinet, bénin, facile à exécuter,

doit entrer dans la pratique courante, non seulement pour les taches punctiformes, les perforations peu étendues et les plaques ne dépassant pas 1 centimètre de diamètre, mais même pour de larges escharres de la dimension d'une pièce de 2 francs et d'une longueur de 9 centimètres, comme dans le cas de Martinet lui-même ; ou pour des escharres circulaires, mais étroites, occupant toute la circonférence de l'intestin ».



CHAPITRE III

Gangrène étendue de l'anse intestinale herniée

Les lésions spaciéiques ne sont malheureusement pas toujours limitées, et la portion d'intestin étranglée est souvent gangrenée dans toute son étendue, ou porte un grand nombre de plaques mortifiées laissant entre elles de tout petits espaces d'intestin sain. A quel traitement alors, doit-on avoir recours ? C'est la partie importante de notre travail qu'il nous reste à exposer.

Les modes de traitement sont nombreux et varient avec les chirurgiens. Certains auteurs, dont le nombre diminue de plus en plus veulent, dans tous les cas, pratiquer l'anus contre nature, d'autres sont toujours d'avis de faire l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité du tube digestif, enfin un troisième groupe de chirurgiens, parmi lesquels nous nous rangerons, établissent des distinctions :

dans certains cas, ils font l'entéro-anastomose immédiate après la résection d'une portion d'intestin, d'autres fois ils établissent un anus contre nature qu'ils traiteront plus tard par l'entérotome de Dupuytren, ou mieux par l'entérectomie avec entéro-anastomose immédiate.

Ce chapitre comprendra donc d'abord un premier paragraphe qui traitera de l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale ; nous nous occuperons ensuite de l'anus contre nature temporaire avec entérectomie secondaire. Enfin dans un troisième et dernier paragraphe, nous discuterons et apprécierons ces deux modes de traitement.

§ I. — *Entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité du tube digestif.*

La résection de l'intestin est une opération qui consiste à sectionner deux fois l'intestin pour en extirper une portion plus ou moins longue avec ou sans le mésentère y afférant.

Dès en 1730, dans le mémoire de l'Académie de Médecine, Morand relatait un cas d'entérectomie suivie de réunion immédiate de l'intestin. Cette brillante opération avait été pratiquée en 1727 par Ram-

dhor de Wolfenbüttel, chez une femme atteinte de hernie abcédée ; il enleva deux pieds d'intestin avec la portion de mésentère qui y répondait et mit les deux bouts d'intestin l'un dans l'autre, c'est-à-dire le bout duodénal dans le bout rectal, puis les maintint en position par un point de suture médiocrement serré. La malade guérit rapidement et mourut de pleurésie un an plus tard.

A l'autopsie, on trouva la continuité du canal intestinal rétablie et la cicatrice de l'intestin adhérente à la plaie. Il est évident que bien avant le XVIII^e siècle l'entérectomie avait été pratiquée pour gangrène herniaire. Vers 1310, les quatre Maîtres avait préconisé la résection de l'intestin suivie de la suture qui porte leur nom, toutes les fois que dans la hernie étranglée on trouvait le « boyau pourri » ; mais Ramdhor est le premier qui de propos délibéré retrancha une portion malade du tube digestif, en rétablissant immédiatement la continuité de ce dernier.

En 1747, Duverger perfectionna la suture des Quatre Maîtres, pratiqua l'entérectomie et sutura l'intestin sur une trachée de veau. A la fin du XVIII^e siècle Chopart, Desault, Bell améliorèrent la suture de Ramdhor, mais il faut arriver jusqu'en 1811 pour voir l'observation d'une hernie gangrenée guérie par Lavienne par le procédé de Ramdhor.

Au XIX^e siècle la chirurgie intestinale entre dans une voie nouvelle grâce aux expériences de A. Cooper.

de Philipps et de Thompson, grâce aussi à Jobert et à Lembert qui déclarent que toutes les fois qu'on interviendra sur le tube digestif, il faut adosser la tunique séreuse à elle-même. La crainte, bien fondée du reste, qu'avaient les chirurgiens d'ouvrir le péritoine, fit que la chirurgie de l'intestin ne fit guère de progrès jusqu'en 1873. A partir de cette époque, grâce aux progrès de l'antisepsie, l'entérectomie commence à être pratiquée d'une façon plus courante, et les opérations se multiplient.

Le Dentu, Seymon recommandent cette intervention pour enlever des parties d'intestin contusionnées ou perforées; elles est énergiquement défendue en Allemagne par Czerny et Billroth, en Angleterre par Robson.

Dès en 1883, Bouilly et Assaky comptent 66 observations d'entérectomies dans les cas d'anús contre nature et de gangrène herniaire. En 1887, Petit en compte 73 pour hernies étranglées, dues à Czerny, Madelung, Rydigier, Julliard; toutes ces entérectomies n'étaient évidemment pas suivies d'entéro-anastomose immédiate.

Le manuel opératoire, modifié par les découvertes de Senn, de Braun, de Murphy, de Chaput, a fait de cette intervention réputée comme très dangereuse et exceptionnelle, une opération courante et classique. Elle comprend deux parties : d'abord la résection de l'intestin proprement dite, puis l'anasto-

mose des bouts de l'intestin pour rétablir le cours des matières.

1° *Entérectomie proprement dite.* — L'entérectomie consiste dans la double section de l'intestin et l'excision du mésentère. Elle se fait en trois temps :

- a) L'incision de la paroi.
- b) L'isolement de l'intestin.
- c) La résection proprement dite.

Le premier temps est terminé, la paroi est ouverte, on se trouve en présence du viscère hernié ; l'anse intestinale est attirée hors du ventre. La portion à réséquer est alors bien déterminée, la partie intestinale sur laquelle portera la section, sera choisie aussi proche que possible de la lésion, au dessus et au dessous de celle-ci, mais dans des tissus absolument sains. On placera ensuite deux pinces à crémaillère au dessus et deux pinces au dessous de la lésion de manière à trancher l'intestin entre deux pinces coprostatiques, éloignées l'une de l'autre seulement de quelques millimètres.

Jeannel conseille de placer les pinces sur le bout duodénal comme sur le bout rectal au moins à cinq centimètres de la section future, sous peine de gêner ultérieurement l'entérorraphie.

Une bonne pratique dont nous avons été plusieurs fois témoins dans le service de M. Monprofit, consiste à vider en partie le bout supérieur de l'intestin, à faire refluer les matières dans le bout stomacal,

de façon à éviter une forte distension au niveau des sutures dès que la coprostase cessera.

Certains opérateurs remplacent les pinces par des ligatures ou par la compression digitale. Plusieurs chirurgiens se sont ingéniés à construire de petits appareils et différentes pinces coprostatiques : nous ne ferons que citer sans les apprécier, les compresseurs de Rydygier, d'Arbuthnot-Lane, de Mac Laren, de Treves, de Makins et de Maunsell, enfin les pinces élastiques de Quenu et de Chaput qui doivent avoir la préférence.

L'intestin est isolé, il ne reste plus qu'à le sectionner. Jeannel semble attacher une grande importance à la direction à donner à la section. Elle variera selon le procédé d'anastomose, que l'opérateur aura en vue. Il faudra que l'intestin soit sectionné perpendiculairement à son axe, toutes les fois que la continuité du tube digestif sera établie sans crainte de rétrécissement ; mais si l'on doit faire l'entérorraphie circulaire, il faudra couper l'intestin obliquement de façon à avoir une tranche nettement elliptique ; cette section oblique sera faite aux dépens du pôle opposé à l'insertion mésentérique. Chaput propose aussi, si l'on craint le rétrécissement, de faire ce qu'il appelle l'entérorraphie circulaire avec fente.

Une fois l'intestin sectionné, il faut procéder à l'antisepsie des 4 tranches avec la solution phéniquée forte, après avoir recueilli sur une compresse les

quelques gouttes séptiques qui viennent de la surface de section.

Le mésentère sera ensuite traité comme il suit. Certains chirurgiens le sectionnent au ras de l'anse, les vaisseaux étant pincés à mesure qu'ils sont coupés ; Madelung pratiquait une résection losangique ; cette méthode à laquelle on peut reprocher quelques cas de gangrène, n'est pas très suivie. Enfin, une troisième méthode consiste à exciser un triangle isocèle de mésentère dont l'intestin est la base. On a dit que cette résection cunéiforme pouvait exposer au sphacèle de l'intestin, nous l'avons toujours vu pratiquer avec succès par notre maître, qui après avoir pincé et lié les vaisseaux mésentériques, fait la suture des deux lèvres du mésentère.

2° Mode de réunion des bouts de l'intestin. — La première partie de l'opération est terminée ; il faut maintenant rétablir la continuité du tube digestif, après avoir interrompu toute communication entre la cavité péritonéale et la cavité intestinale.

Pour accomplir ce double but, nous avons à notre disposition trois moyens qui ont chacun des défenseurs de haute valeur :

Le premier consiste à unir bout à bout les anses de l'intestin divisé ; c'est l'entérorraphie circulaire, termino-terminale.

Le deuxième procédé consiste à fermer l'un des bouts en cul-de-sac, et à pratiquer, sur le bord con-

vexe de l'anse ainsi fermée, une incision qui est unie à la fente terminale de l'autre bout ; c'est l'entérorraphie par implantation latérale.

Dans un troisième et dernier procédé, on suture les deux bouts de l'intestin en cul-de-sac, on les réunit l'un à l'autre longitudinalement ; on pratique ensuite une incision sur le bord convexe des deux anses ainsi fermées, et il ne reste plus qu'à unir les lèvres correspondantes de ces deux incisions.

Il y a donc trois modes de réunion intestinale : l'anastomose termino-terminale, l'anastomose termino-latérale, et l'anastomose latéro-latérale à laquelle iront toutes nos préférences. Quel que soit de ces trois modes, celui que l'on choisit, on pourra pour cette réunion avoir recours à trois méthodes : celle des substances résorbables, celle des boutons anastomotiques et enfin celle des sutures.

a) La réunion par la méthode des substances résorbables est très ancienne et fut pratiquée, dès le XIII^e siècle, par les Quatre Maîtres qui se servaient d'une trachée artère de veau, suturaient la plaie sur ce corps cylindrique ce qui était bien plus facile, et laissaient à la nature le soin de faire disparaître ce corps étranger. Depuis cette époque jusqu'à Senn et ses imitateurs, les chirurgiens ont construit un grand nombre de cylindres en os décalcifié, en suif, en carton, en sucre, en gélatine, en catgut, etc. Cette méthode est longue, ne peut être appliquée de façon

aseptique, les fils qui unissent l'intestin sont perforants, l'ouverture est mal assurée jusqu'à la résorption des plaques, enfin cette résorption est toujours trop rapide.

b) L'idée de se servir d'instruments spéciaux, de boutons métalliques, pour calibrer l'intestin et coapter les lèvres de la plaie, appartient à Denaus, chirurgien français (1826). Tous les boutons de Murphy, Chaput, Villard, Mathieu, etc., ont pour but d'obtenir la réunion intestinale en provoquant le sphacèle des lambeaux adossés. Notre rôle n'est point de discuter les avantages de ce procédé, nous reconnaissons qu'il offre beaucoup de garanties, qu'on lui doit de nombreux succès, que d'éminents chirurgiens l'emploient en toutes circonstances, mais après les magnifiques résultats de Doyen, Kocher, Roux, Hartmann dont nous avons lu la relation et ceux de notre maître pour la chirurgie de l'estomac comme pour celle de l'intestin, après la statistique de Delagenière peu encourageante pour les boutons, nous ne pouvons nous défendre de rester suturistes. La méthode des sutures ne demande pas plus de temps que l'application du bouton du Murphy quoiqu'on en dise. A propos des boutons anastomotiques nous répéterions volontiers ce que Guillaume de Salicet écrivait en 1250 : « Ne escoute pas ceux qui disent que d'avant que de recoudre les boyaulx, qne l'on y doit mettre une canulle de sambuc ou d'aulture chose dedans le boyau ; il vaudrait mieux

une partie de boyau de quelque beste, mais cecy ni aultre chose.

C) Si nous voulons passer en revue les différents procédés de sutures intestinales, il nous faudrait résumer les livres magnifiques de Terrier et de Jean-nel. Qu'il nous suffise de dire quelles sont les qualités d'une bonne suture et de décrire l'anastomose latéro-latérale que nous croyons la meilleure. Une bonne suture doit assurer et maintenir une occlusion parfaite ; elle ne doit être faite qu'avec des matières non irritantes, telle que la soie de Chine. La bonne suture n'intéressera pas la muqueuse intestinale, enfin il faudra choisir un procédé qui n'amènera pas de rétrécissement. Le procédé variera évidemment avec les cas et avec les opérateurs. Chaque chirurgien aura sa préférence pour tel ou tel mode de réunion dont il aura l'habitude, soit l'entérorraphie circulaire, soit l'anastomose termino-latérale, soit l'anastomose latéro-latérale.

Nous ne voulons pas décrire tout au long ces trois procédés, nous nous bornerons à dire quelques mots de cette dernière, qui est facile, peu dangereuse, ne demandant pas beaucoup de temps à un chirurgien habitué et permettant de faire des anastomoses aussi larges que l'on veut.

Anastomose latéro-latérale. — Von Hacker anastomose les deux anses intestinales en suivant la technique proposée par Wölfler pour la gastro entérosto-

mie. Il faut : 1° accoler les deux intestins l'un contre l'autre et parallèlement ; 2° les réunir d'abord par une rangée de sutures séro-séreuse, placée un peu au dessus des insertions mésentériques, sur une longueur de 6 à 8 centimètres puis par une deuxième rangée de sutures de même espèce et de même longueur placée à 1 centimètre de la première ; 3° ouvrir les deux intestins par une incision longitudinale de cinq centimètres faite sur chacun d'eux bien symétriquement ; 4° réunir les lèvres des deux incisions l'une à l'autre, dans tout le pourtour de la plaie, par une suture muco-muqueuse ; 5° continuer au dessus des incisions réunies la deuxième rangée de suture séro-séreuse d'abord, puis la première de manière que la suture muco-muqueuse soit exactement entourée par les deux rangées séro-séreuses concentriques. Une seule rangée séro-séreuse est d'ordinaire suffisante.

La continuité du tube digestif est ainsi largement établi par cet abouchement ; il ne reste plus au chirurgien qu'à fermer le ventre en faisant la cure radicale.

§ II. — *Anus contre nature temporaire avec entérectomie secondaire*

L'entérostomie ou entéroproctie, comme le voudrait Jeannel, est une opération qui consiste à suturer

et à ouvrir à la peau une anse de l'intestin, dans le but d'y créer un anus artificiel.

C'est Littré qui, le premier, en 1700, a formulé l'indication d'établir un anus contre nature en présence d'une hernie gangrenée dans une grande étendue. Cette opération est devenue depuis d'un usage courant, et il est bien peu de praticiens qui ne l'aient pratiquée dans leur carrière médicale.

Le procédé le plus simple consiste, à l'exemple de Lawrence, à exposer au dehors l'anse gangrenée en faisant une incision à travers la partie mortifiée pour débarrasser le canal et permettre la libre évacuation du contenu de l'intestin. Dans certains cas, ce procédé est le seul indiqué ; mais la plupart du temps, l'anus contre nature est fait après une résection plus ou moins considérable d'intestin. Les deux bouts d'intestin, accolés en canon de fusil, sont simplement fixés à l'un des angles de la plaie par une double couronne de sutures. La première couronne est séro-séreuse ; la deuxième comprend la peau et toute l'épaisseur de la paroi intestinale ; les deux parois intestinales voisines sont réunies l'une à l'autre.

L'anus obtenu par entérostomie du gros intestin peut être définitif, mais celui que fournit l'entérostomie de l'intestin grêle est forcément temporaire. Pour y remédier, on doit avoir recours à l'entérotomie, ou bien à l'entérectomie secondaire, comme nous

l'avons décrite dans deux observations. avec entéro-anastomose termino-latérale.

L'entérotomie consiste à détruire l'éperon des anus contre nature, de manière à rendre directe et large la communication entre le bout supérieur et le bout inférieur. Cet éperon peut être détruit de deux manières : soit par le procédé de Dupuytren où on l'écrase à l'aide d'une pince spéciale laissée à demeure ; soit par le procédé de Richelot qui sectionne l'éperon entre deux pinces hémostatiques, et exécute avec de la soie une suture à points rapprochés sur toute la ligne de section, en rasant les pinces.

Vers 1828, nous dit Derocque, Roux, chez une femme atteinte d'anús contre nature, ouvrit l'abdomen, alla à la recherche du bout inférieur, ramena une portion d'intestin qu'il prit pour celui-ci et après résection d'environ un pouce et demi du bout supérieur et section de ce qu'il prit pour le bout inférieur, il unit ces deux bouts et réduisit dans le ventre. L'opérée mourut et l'on vit que l'anastomose avait été faite entre le bout supérieur du colon descendant, qui avait été sectionné en travers et le bout supérieur de l'anús. Malgré cet insuccès et la faute énorme de l'opérateur, il n'en reste pas moins que c'est le premier essai de résection intestinale pour cure de l'anús contre nature. Il y eut depuis de nombreux chirurgiens qui pratiquèrent l'entérectomie dans des cas

de ce genre, notamment Bilroth, Harn, Trendelenburg, etc.

L'opération n'est pas compliquée. Une fois le ventre ouvert, il faut détacher l'anus artificiel de ses adhérences à la paroi ou aux anses voisines, attirer le paquet intestinal et en réséquer une portion suffisante avec les précautions que nous avons indiquées précédemment. Le rétablissement de la continuité du tube digestif est obtenu par entérorraphie circulaire, par anastomose latéro-latérale, ou par implantation latérale comme nous l'avons vu pratiquer dans un cas de ce genre. Le bout supérieur est fermé en cul-de-sac par un double surjet; l'extrémité du bout inférieur est insérée et soudée dans une plaie longitudinale de la paroi du bout supérieur. Cette anastomose se fait comme les autres par un premier surjet postérieur séro-séreux, deux surjets muco-muqueux et un 4^e surjet antérieur séro-séreux.

§ III. — *Discussion*

Maintenant que nous croyons avoir nettement exposé les différents moyens qui permettent au chirurgien de se tirer d'affaire en présence d'une anse intestinale entièrement gangrenée, disons un mot de la valeur de ces méthodes et voyons quelles sont les

indications de l'anus contre nature et de l'entérectomie.

Les seuls avantages principaux que nous puissions reconnaître à l'anus contre nature sont au nombre de deux. D'abord sa rapidité d'exécution qui semble mettre au minimum le shock opératoire et que ses partisans Riedel, Poulsen, Scheder, Esmarch ont bien su opposer à la longueur des sutures intestinales ; de plus, c'est une opération simple et facile qui se fait sans instrumentation compliquée. Certainement, répondent les adversaires, l'anus artificiel, tel que le pratiquait W. Lawrence sans entérectomie, possède ces immenses avantages, mais quand l'entérotomie suit l'entérectomie, l'opération est-elle bien plus difficile et bien moins longue que la réunion immédiate soit par le bouton de Murphy soit au moyen des sutures. Enfin, ajoutent les partisans de l'anus contre nature, le bout supérieur de l'intestin par ce procédé n'est plus menacé de paralysie, il se vide bien, d'où disparition de l'intoxication. Mais Lockwood nous rapporte un cas de non évacuation de matières contenues dans le bout supérieur, par paralysie de l'intestin après un anus contre nature. Les avantages de l'anus artificiel ne sont donc pas considérables et s'appliquent surtout à l'opération sans résection d'intestin.

Jetons un coup d'œil sur les inconvénients. Nous devons d'abord signaler la mort subite qui est aussi fréquente ou à peu près que dans l'entérorraphie. Le

malade a toujours à redouter l'érysipèle et l'inflammation de la région du sac et du péritoine par l'écoulement des matières.

L'infection de la région de l'anus artificiel peut-être le point de départ de thromboses, d'embolies septiques, avec gangrène pulmonaire. L'anus artificiel ne met nullement à l'abri de la perforation du bout supérieur (English, Chapplain). Barette signale dans sa thèse une disposition particulière en X des deux bouts de l'intestin qui amène l'obstruction intestinale. « En outre, dit Delbet, le malade est exposé à mourir d'inanition, si cet anus siège sur une partie élevée de l'intestin grêle. » Sur 41 cas d'anus non traités Barette en signale 17 qui se terminèrent de cette façon. Quand ces pauvres malades ne meurent pas d'inanition ils sont morts à la vie sociale, le jour où le chirurgien leur a sauvé la vie par l'anus artificiel. Il leur faudra donc, de toute nécessité, une nouvelle opération grave telle qu'une entérectomie. L'opération de l'anus contre nature nous semblerait donc un pis aller thérapeutique dans le traitement de la gangrène herniaire. Les statistiques qui suivent ne sont du reste pas encourageantes :

Les statistiques réunies de Czerny, Riedel, Kocher, Meckuliez, Hagedorn, Halm, Poulsen donnent les chiffres suivants ;

Opérés	Guéris	Morts
—	—	—
94	22	72

Ce qui fait une mortalité de 76 pour cent.

Dayot fils a perdu 5 malades sur neuf opérés.
Kronlin a vu succomber 13 opérés sur 15.

Si maintenant nous opposons à l'anús contre nature, la résection intestinale avec restauration immédiate de la continuité du tube digestif nous verrons que cette dernière intervention est de beaucoup supérieure quoiqu'il y ait plus d'un reproche à lui faire. On a dit que l'entéro-anastomose nuisait à l'évacuation du bout supérieur de l'intestin ; nous avons vu que la même observation pouvait s'adresser à l'anús contre nature, du reste pour éviter cet inconvénient, il suffit d'anastomoser largement par le procédé latéro-latéral. On a reproché aussi ce fait qu'on est à la merci des sutures intestinales mal faites : c'est un reproche qui n'a rien de spécial pour le cas présent, et les mauvais chirurgiens n'ont-ils pas toujours de plus mauvaises statistiques que les opérateurs habiles. Il y a quelquefois de réelles difficultés à dire où finit la portion gangrenée, et si l'on se trompe, on rentre dans le ventre une partie qui sera sphacélée.

De peur de se tromper, répondrons-nous, le chirurgien réséquera largement l'intestin ; il vaut mieux en enlever 10 centimètres de plus que 10 centimètres de moins. La clinique et l'expérimentation nous montrent qu'on peut sans danger enlever le tiers de la longueur de l'intestin. Kœberlé en a enlevé 205 centimètres, Kocher 208 et dernièrement nous avons vu M. le

Professeur Monprofit réséquer 170 centimètres d'intestin grêle et 80 centimètres de gros intestin ; le malade a survécu et vit encore.

Les reproches les plus graves que l'on puisse adresser à l'entérectomie suivie d'anastomose immédiate, sont sa difficulté et sa longueur. Le premier de ses inconvénients est sans importance, car il suffira de quelques séances à l'amphithéâtre pour acquérir une habileté suffisante ; et il en est de l'entéro-anastomose comme des autres opérations, plus on en fait et plus on devient habile. Il faut trop de temps, disent les partisans de l'anus contre nature, pour mener à bien cette intervention. Non, puisque le bouton de Murphy abrège l'opération, dit-on, et que nous avons vu plus d'une fois « escamoter une suture en vingt-cinq minutes » selon l'expression de Jeannel.

La restauration immédiate du tube digestif après l'entérectomie n'offre donc pas la moitié des inconvénients de l'anus artificiel et présente sur lui de nombreux et sérieux avantages, comme le prouvent les statistiques suivantes que nous empruntons au Professeur Berger :

	Opérés	Guéris	Morts	Mortalité p. 0/0
	—	—	—	—
Mikulicz	67	35	32	47
Hagedorn	16	7	9	56.25
H.-E. Zeidler . .	269	147	122	45.51
Dayot	3	3	0	0
Trendelenburg .	5	3	2	40

Depuis ces dernières années, les auteurs sont presque unanimes à reconnaître la supériorité de l'entérectomie avec anastomose immédiate, quoiqu'elle ait encore pour adversaires, Reichel, Bergmann, Korte, Bardeleben, Banks. Toutes les fois qu'on peut la pratiquer, il faut la tenter, nous ne voyons comme contre-indications, que l'âge du malade et son mauvais état général, la réaction inflammatoire très vive des parties molles du voisinage, enfin nous ajouterons les conditions matérielles défectueuses dans lesquelles on opère souvent, surtout à la campagne, et nous serons de l'avis de Terrier, Championnière, Kermisson, Segond, Hutchinson, Th. Smith, Wölfler, etc.

En 1883, Bouilly et Assaky proposaient de pratiquer, après la résection de l'anse gangrenée, une réunion presque complète des bouts de l'intestin, ménageant une petite ouverture, destinée à servir de soupape de sûreté, ouverture que l'on fixerait par ses bords aux parois du sac herniaire, de manière à produire une fistule stercorale temporaire, destinée à être ultérieurement traitée par une nouvelle entérorraphie. Cette méthode mixte ne nous séduit pas beaucoup.

Les contre-indications de l'entérorraphie sont les indications de l'anus contre nature. L'entérotomie est indiquée toutes les fois qu'il y a un phlegmon stercoral, quand le malade est très épuisé, quand on

opère dans de mauvaises conditions. Tel est l'avis de la majeure partie des chirurgiens, en France, en Allemagne et en Angleterre ; ils proposent dans ces cas, comme nous l'avons relaté dans notre observation et dans celle de M. Schwartz, de pratiquer l'anus contre nature, suivi dans un temps plus ou moins long de l'entérectomie avec anastomose intestinale termino-latérale ou autre.

Nous pouvons donc maintenant poser nos conclusions.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

La veuve D..., entre à l'Hôtel-Dieu le 21 novembre 1897. Elle est âgée de 55 ans.

Antécédents personnels. — La malade eut 7 grossesses et ses accouchements furent très laborieux, ce qui explique la faiblesse de la paroi abdominale.

Trois semaines après ses dernières couches, Marie D... fait un effort assez considérable en portant un seau d'eau, et le soir même elle s'aperçoit d'une tumeur ombilicale aisément réductible de la grosseur d'un œuf environ. Peu de temps après, moins d'un an la hernie était devenue d'un volume considérable ; la malade se met alors à porter un bandage qui empêche l'intestin de sortir de l'abdomen. Du 5 septembre au 12 novembre 1897, la hernie sort 4 ou 5 fois, et chaque fois on ne la fait rentrer que par le taxis.

Le 18 novembre, un taxis prolongé ne peut réduire la tumeur ombilicale.

Le 19, la malade éprouve de vives douleurs dans la région ombilicale ; l'arrêt des matières et des gaz est complète et le 19 au soir les vomissements apparaissent.

Le 20, tous les symptômes s'accroissent, les vomissements deviennent fécaloïdes.

Le 21 novembre, Marie D... se décide enfin à entrer à l'hôpital.

Etat de la malade avant l'opération. — Marie D... se trouve mieux depuis 24 heures, les douleurs abdominales ont bien diminué, les vomissements sont de plus en plus rares. La malade est très déprimée, son pouls est petit, les extrémités sont froides, la température axillaire est de 36,6.

Dans la région de l'ombilic nous trouvons une tumeur grosse comme les deux poings, rouge, violacée, plus chaude que les parties voisines, mate à la percussion, très douloureuse à la palpation. Nous sommes sans doute en présence d'un phlegmon stercoral.

Première intervention (22 novembre). — Toutes les précautions aseptiques étant prises, M. le Dr Monprofit incise les ligaments selon le grand axe de la hernie sur une longueur de 10 centimètres. Le sac est ouvert, un flot de liquide noirâtre s'échappe aussitôt et l'intestin nous apparaît absolument gangrené ainsi que la portion d'épiploon pincé par l'étranglement. L'état de la malade est si grave, la réaction inflammatoire si vive, que le chirurgien croit sage de se borner à faire quelques incisions pour désinfecter la région et à établir un anus contre nature. Les deux lèvres de l'intestin sont fixées à la paroi abdominale par quatre points de suture à la soie.

Après l'opération on injecte à la malade 500 grammes de serum artificiel. La plaie est constamment recouverte de compresses antiseptiques imbibées de solution de sublimé.

Suites de l'intervention. — Dans la journée du 22, les vomissements fécaloïdes font de nouveau leur apparition, le soir surtout, ils augmentent d'intensité.

Le 23 novembre, nouvelle injection de 500 grammes de sérum. Les parties périombilicales sont toujours très enflammées on les enduit de vaseline boriquée et l'on continue les pansements humides. Les vomissements diminuent. Le soir, 36 heures après l'opération, il y a pour la première fois issue de matières par l'anus artificiel. L'état général s'améliore légèrement. Les jours suivants, les matières sortent par l'anus contre nature, il n'y a plus du tout de vomissements. Le pansement humide est changé toutes les fois que les matières fécales souillent les compresses, et les symptômes inflammatoires de la région diminuent considérablement.

Le 9 décembre, la malade se lève pour la première fois, elle s'aperçoit qu'elle rend quelques gaz par l'anus normal.

Le 12 décembre, elle prend un lavement de glycérine, et quatre heures après émet quelques matières liquides par en bas. Les lavements sont continués les jours suivants et les matières rendues par l'anus normal prennent peu à peu de la consistance. Les évacuations sont encore plus abondantes par l'anus ombilical. Notre malade mange tous les jours deux portions de pain, va à la selle au moins une fois par le rectum après son lavement quotidien.

L'état de Marie D... reste le même jusqu'au 5 janvier 1898. Les lavements ne provoquent plus alors aucune émission de matière. Il s'écoule par l'anus contre nature un liquide d'une odeur infecte.

Du 9 au 13 janvier, on institue le régime lacté avec

eau de Vichy ; la malade prend deux grammes de benzonaphtol par jour ; sa plaie ombilicale est en très bon état.

Deux applications d'entérotomes sont faits à cette époque, mais sans succès.

Deuxième intervention (13 janvier 1898).

Le chirurgien fait une longue incision médiane commençant à 6 centimètres au dessus de l'ombilic et se terminant à 8 centimètres au dessous ; deux incisions concaves en dedans entourent l'anus contre nature d'une façon complète. La cavité abdominale est ouverte en haut et l'anus artificiel détaché de tous les côtés est rabattu sur la partie inférieure du ventre.

Les deux bouts intestinaux afférent et efférent sont saisis au moyen de pinces élastiques et sectionnés ainsi que l'épiploon qui adhérait fortement à la circonférence supérieure de l'anneau ombilical. L'anus contre nature put alors être enlevé absolument comme une tumeur maligne de la paroi abdominale.

Pendant toutes ces manœuvres des compresses aseptiques montées sur des pinces hémostatiques empêchent l'arrivée des matières fécales dans la cavité péritonéale.

Les deux extrémités saines de l'intestin présentaient une très grande différence de calibre : le bout supérieur avait son volume normal, l'inférieur ainsi qu'il est habituel en pareil cas, était réduit de moitié. Il fallait rétablir la continuité du tube digestif ce qui fut fait de la façon suivante.

Le chirurgien obture d'abord la lumière du bout supérieur au moyen de deux plans de suture l'un muco-muqueux l'autre séro-séreux.

Le bout inférieur est alors implanté latéralement sur la

paroi du bout supérieur. Le chirurgien suture la $1/2$ circonférence postérieure du bout inférieur (surjet séro-musculaire) à la face antérieure du bout supérieur ; puis il ouvre transversalement cette paroi antérieure du bout supérieur ; l'incision est parallèle et égale à la suture séro-musculaire préalable. Les muqueuses sont saisies et suturées dans les deux $1/2$ circonférences ; il n'y a plus à faire que la suture séro-musculaire antérieure. Tous les surjets sont faits à la soie fine. L'anastomose par implantation latérale est terminée.

Les artères mésentériques ont été liées et les 2 lèvres du mésentère ont été réunies l'une à l'autre par un surjet qui assure encore l'hémostase.

La paroi abdominale est reconstituée avec soin par trois plans de suture en surjet afin d'éviter tout risque d'éventration consécutive.

Suites opératoires. — On injecte, sitôt l'opération terminée, 600 grammes de sérum à la malade.

Le soir, elle a quelques vomissements peu abondants ; ils se reproduisent le lendemain.

Le 14 au soir, il y a une émission de gaz par l'anús assez considérable.

Le 15, la malade va à la selle après un lavement à la glycérine, les vomissements cessent peu à peu. Sa nourriture est le régime lacté absolu.

Le 17, évacuation de matières sans lavement.

Le 18, la température qui jusque là avait été normale, s'élève à $38^{\circ}9$ et la malade se plaint d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine. L'auscultation nous explique ce

point de côté et cette température qui se maintient élevée pendant cinq ou six jours.

Le 24 janvier, Marie D... est en parfait état. elle mange 2 portions de pain, de la viande, le régime ordinaire, va librement à la selle n'a presque plus de douleurs abdominales.

Le 28, elle se lève ; le 3 février elle est présentée complètement guérie à la Société de médecine d'Angers, et le 5 elle retourne chez elle.

OBSERVATION II

(Inédite)

Le 8 janvier 1898, entre à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Angers, le nommé F..., colporteur, âgé de 53 ans.

Il est porteur d'une hernie étranglée depuis trois jours.

Cette hernie qui est inguinale n'est pas très volumineuse.

Les symptômes que présente le malade ne permettent pas de douter sur la nature de l'affection.

La kélotomie a lieu dès le soir même ; le Docteur Peller opérait.

Le sac à peine ouvert nous montre un flot de liquide noirâtre répandant une odeur nauséabonde. L'anse intestinale, après débridement, est sortie doucement du ventre, et nous présente au niveau du collet une plaie longue de deux centimètres environ et linéaire. L'opérateur invagine les portions malades dans la lumière intestinale, et par un

double surjet suivant la méthode de Dupuytren, adosse les séreuses l'une à l'autre.

L'anse herniée est alors rentrée dans le ventre qui est refermé avec soin.

Dix-huit heures après l'opération, le malade rendait des gaz par l'anus. Plus de vomissements ni de température.

Premières selles 2 jours après l'intervention.

OBSERVATION III

(Docteur Loison)

S..., serrurier, 50 ans.

Ancienne hernie inguinale droite, volumineuse, ayant déjà donné des phénomènes d'étranglement.

Phénomène généraux graves. L'étranglement datait de 24 heures.

L'opération se fait dans de mauvaises conditions, dans un réduit sombre encombré de métiers à dévider.

On trouve un sac contenant environ un verre de liquide mélangé de caillots volumineux. L'anse est ecchymosée sur toute sa surface, et présente deux plaies à travers lesquelles on peut passer le pouce.

Je fis des points de chaque côté des plaies intestinales de façon qu'en les serrant on constituait un pli longitudinal au fond duquel les plaies se trouvaient situées, avec leurs bords séreux adossés l'un à l'autre. Pour consolider le tout, j'essayai de placer une seconde rangée de fils qui auraient

été des fils d'appui destinés à empêcher les trop fortes tractions sur la première ligne. J'y renonçai, car ces secondes sutures paraissaient abolir complètement le calibre intestinal.

L'opération une fois terminée, l'intestin paraissait avoir sur une longueur de 8 centimètres le volume du petit doigt, et je crois que sa lumière aurait à peine laissé passer un porte plume.

Je rentrai néanmoins cet intestin dans le ventre.

Les suites opératoires furent simples. Pas de douleur ni de températures. Premières selles cinq jours après. Guérison complète après 65 jours.

OBSERVATION IV

(Inédite)

Il s'agit d'un homme de 63 ans, porteur d'une hernie inguinale grosse comme le poing environ.

Il entre dans le service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers, parce que sa hernie ne rentre plus depuis quatre jours et qu'il n'a pas été à la selle depuis 48 heures.

La kélotomie est pratiquée par le Dr A. Canonne, qui trouve, après ouverture du sac et débridement, deux points de sphacèle de l'intestin, de la dimension d'une lentille environ. Ces deux petits points gangrenés sont traités par

le procédé du « tout à l'égoût », invagination et double suture séro-séreuse de Lembert.

Dès le 2^e jour, le malade rendait des gaz et des matières par l'anus, et 12 jours après, il quittait l'hôpital parfaitement guéri.

OBSERVATION V

M^{me} Louise C. , 44 ans, cultivatrice, se présente à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 2 août 1898.

Les antécédents héréditaires ne nous offrent aucun intérêt.

Antécédents personnels. — Notre malade avait deux ans, quand elle fut renversée par une voiture dont une des roues lui passa sur la cuisse gauche. Depuis cette époque, ses parents s'aperçurent qu'elle avait dans la région de l'aîne une tumeur réductible de la grosseur d'un œuf de poule.

Louise C... portait depuis plus de 40 ans un appareil qui maintenait très bien sa hernie, lorsque le 1^{er} août, ayant omis de placer son bandage, elle est subitement prise d'une vive douleur dans le bas-ventre à la suite d'un effort insignifiant.

La hernie était sortie beaucoup plus volumineuse qu'à l'habitude, et malgré les manœuvres de la malade et le taxis d'un médecin, l'intestin ne rentra pas.

Les douleurs continuent toute la journée, la rétention

des gaz et des matières est complète, et des vomissements légèrement bilieux ne tendent pas à apparaître.

Etat de la malade avant l'opération. — Nous examinons Louise C... dans le service de M. le Pr Monprofit, environ 36 heures après le début des accidents. Nous constatons une hernie inguinale gauche, très volumineuse, occupant la grande lèvre ; la peau est légèrement rouge et la palpation de la tumeur ne provoque pas de violentes douleurs ; la réaction inflammatoire des parois abdominales est presque nulle.

La malade n'est ni agitée, ni anxieuse, à peine déprimée, le pouls est excellent ; en somme, l'état général, malgré les vomissements, ne nous semble pas très grave.

Opération (2 août 1898) par M. le Pr Monprofit. — Toutes les précautions aseptiques étant prises, la paroi est incisée au dessus de la hernie sur une longueur de 8 à 10 cm. Le sac est ouvert avec précaution et son contenu qui n'est presque que de l'intestin nous apparaît aussitôt : il est affaissé et nous présente une teinte grisâtre qui ne prend que par endroits la couleur feuille morte caractéristique. Après le débridement, l'anse étranglée est doucement attirée et examinée avec soin dans toute son étendue, ce qui nous montre la nécessité de ne pas rentrer dans l'abdomen, cet intestin menacé de perforations multiples

Le chirurgien n'hésite pas à pratiquer la résection de l'anse malade avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin.

Le segment d'intestin malade, qui mesure 50 centimètres, est isolé du reste de la cavité péritonéale, on s'as-

sure que l'anastomose portera sur des tissus absolument sains.

Des compresses stérilisées, montées sur des pinces hémostatiques, protègent la cavité péritonéale contre l'arrivée possible de matière fécale.

Deux pinces coprostatiques sont appliquées au dessus et deux autres pinces sont placées au dessous de l'anse malade, de manière à trancher l'intestin entre deux ligatures. On sectionne alors avec les ciseaux perpendiculairement à l'axe du canal, et l'on excise une portion triangulaire du mésentère. Les vaisseaux mesentériques sont pincés et liés, et les deux tranches du mésentère sont ensuite réunies par une suture, qui assure encore l'hémostase... L'entérectomie est terminée.

Les deux extrémités saines de l'intestin sont fermées par deux plans de sutures superposées, l'un muco-muqueux l'autre séro-séreux.

Il reste encore à rétablir la continuité du tube digestif à faire l'anastomose latéro-latérale. Les deux bouts d'intestin sont juxtaposés sur une longueur de 6 à 8 centimètres et réunis l'un à l'autre par une suture séro-séreuse à l'aide d'un surjet de soie fine. Parallèlement à cette suture sur une longueur de cinq centimètres, à 2 ou 3 millimètres de la ligne de suture, on ouvre symétriquement les deux intestins. Les lèvres des deux incisions sont réunies l'une à l'autre, dans tout le pourtour de la plaie par une suture muco-muqueuse. Enfin les deux séreuses sont antérieurement adossées l'une à l'autre par un dernier surjet.

L'intervention se termine par la résection du sac herniaire et la cure radicale de la hernie.

Les compresses enlevées, l'hémostase et la désinfection assurées, la cavité abdominale est fermée.

Suites opératoires. — La malade est remontée par des injections de sérum artificiel, le soir même de l'opération, elle va à la selle.

Les 3, 4 août elle a quelques coliques dans le bas-ventre, elle rend des gaz en notable quantité et va une fois à la selle. Nous ne constatons pas la moindre élévation de température.

Du 5 au 10 août, les coliques cessent peu à peu, les fils sont enlevés le 11, et le 20 août la malade sort complètement et radicalement guérie.

OBSERVATION VI

Hernie crurale droite étranglée. — Intestin perforé. — Suture de Lambert (Observation recueillie par mon collègue et ami, M. Jeanty).

Philomène T..., 48 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 novembre 1898, dans le service de M. le P^r Monprofit.

Elle porte une hernie crurale droite de la grosseur d'un petit œuf. Cette hernie, qui ne rentrait jamais, est devenue douloureuse depuis le 30 octobre ; la malade a été à la selle pour la dernière fois le 1^{er} novembre au matin, et depuis présente des signes non équivoques d'étranglement herniaire.

Opération 3 novembre, 52 heures après la dernière évacuation de matières fécales.

Après incision des parois, et ouverture du sac, le chirurgien procède au débridement et attire légèrement l'intestin qu'il examine.

Au niveau du collet, on trouve une petite perforation de la grandeur d'une lentille ; les matières fécales s'échappent par cette ouverture, et souilleraient la plaie sans les compresses aseptiques placées sous l'intestin pour protéger la cavité péritonéale.

La portion gangrenée n'est pas assez importante pour songer à un anus contre nature ou à l'entérectomie.

Après une désinfection soignée de la perforation, le chirurgien la ferme avec deux points, suivant la méthode de Lembert, et rentre l'intestin dans le ventre.

Le sac est sectionné au niveau de son collet, mais on ne met pas de ligature parce qu'il y a de l'ascite qui s'écoule abondamment.

La cure radicale n'est donc pas faite.

Quelques points de suture réunissent la paroi, on met un gros drain et l'on fait un pansement antiseptique.

Suites opératoires. — Le lendemain et le surlendemain l'état général n'est pas très bon, la malade n'a pas de fièvre, mais elle vomit et n'a pas été à la selle.

Le 3^e jour elle rend des gaz et des matières par l'anus, la douleur abdominale diminue, l'appétit et les forces reviennent et elle sort guérie le 17 novembre.

OBSERVATION VII

(Jaboulay)

Hernie crurale gangrenée. — Résection intestinale d'entérorraphie longitudinale. — Mort.

Hernie crurale droite étranglée depuis quatre jours,

volumineuse, irrégulière, parallèle à l'arcade, dans le pli de l'aîne, grosse comme un poing.

Incision. — Issue d'un liquide verdâtre, putride à odeur infecte.

L'anse de l'intestin grêle, noire, couleur de gangrène : cependant sous l'influence de l'irrigation, il se fait quelques points de vascularisation.

En arrière de l'intestin grêle, on trouve le prolongement iléo-cœcal adhérent au sac. M. Jaboulay le libère et le réintègre.

Résection de 10 centimètres d'intestin. Suture de Gusseubauer précédée de l'entérorraphie longitudinale, plus facile que la circulaire.

La malade est morte trois jours après sans avoir présenté de vomissements.

Autopsie. — Péritonite septique avec un peu de pus au niveau de la résection.

On trouve quelques perforations produites peut-être par les fils qui avaient été mis au niveau d'une fistule pathologique et qui avaient été perforants.

OBSERVATION VIII

(Maire)

Hernie crurale étranglée depuis dix jours. — Entérectomie avec entérorraphie cellulaire. — Guérison.

C.... Jean, entre à l'hôpital porteur d'une hernie étranglée depuis 9 jours.

La peau est rouge œdématisée. L'état général est bon. L'opération est pratiquée par M. Jaboulay, qui trouve une anse circulairement coupée en deux endroits sur deux centimètres chacun. On résèque dix centimètres sur le bout supérieur qui est le plus malade et deux sur le bout inférieur. On fait la suture de Gussenbauer et réintègre complètement l'intestin. Le malade sort de l'hôpital, douze jours après l'opération, complètement guéri.

OBSERVATION IX

Hernie crurale droite étranglée. — Entérectomie entéro-anastomose latéro-latérale. — (Observation personnelle).

Marie B..., âgée de 52 ans, ménagère, entre dans le service de M. le Professeur Montprofit, le 20 décembre 1898.

Etat de la malade à son entrée. — Elle porte une hernie crurale droite depuis l'âge de vingt ans.

Cette hernie rentrait ordinairement avec facilité, quand le 12 décembre 1898 elle sort brusquement et ne peut être réduite.

Marie B... présente nettement tous les signes de l'étranglement herniaire : arrêt des gaz et des matières, vomissements, douleurs abdominales, ballonnements du ventre ; l'état général est loin d'être si grave qu'on pourrait le croire après huit jours d'étranglement. On constate dans la région de l'aîne droite une tumeur irréductible assez molle, du volume d'un œuf environ ; l'inflammation n'est

pas considérable ; l'état de la malade s'est amélioré depuis la veille.

Opération (20 décembre 1898) M. le professeur Monprofit. — La paroi est incisée sur une longueur de 7 à 8 cm. et le sac est ouvert. On constate alors que l'intestin herniaire est entièrement sphacélé. Après le débridement le chirurgien attire l'intestin et s'aperçoit qu'il est nettement sectionné sur presque toute sa circonférence au niveau de l'anneau d'étranglement. Cette portion intestinale est jugée trop malade pour être réintégrée dans l'abdomen, on décide la résection. Une résection de 10 centimètres est pratiquée de façon à enlever toute la partie gangrenée.

Les deux bouts de l'intestin sont fermés par deux plans de suture, l'un muco-muqueux, l'autre séro-séreux.

On rapproche et on juxtapose ces deux extrémités saines sur une longueur de 10 centimètres, deux pinces tire-balles les maintiennent en bonne position. Un premier surjet séro-séreux réunit les deux bords ainsi juxtaposés. Parallèlement à ce surjet, on incise le bout inférieur et le bout supérieur sur une longueur de 5 à 6 centimètres, puis on fait un second surjet muco-muqueux postérieur ; la paroi postérieure ainsi refaite, on ferme l'antérieure par deux surjets : l'un muco-muqueux réunit les deux muqueuses, l'autre séro-séreux ferme définitivement l'intestin. L'entéro-anastomose latéro-latérale est ainsi constituée.

Le tout après lavage complet est réintégré dans la cavité abdominale par l'anneau crural. La paroi est suturée avec soin.

Suites opératoires. — La malade rend des gaz par l'anus le lendemain et le surlendemain de l'intervention, mais elle

ne va à la selle que le 24 décembre, c'est-à-dire quatre jours après l'opération.

Le 5^e jour elle commence à manger légèrement.

Le 8^e jour, en enlevant les fils, une petite fistule apparaît sur le trajet de la suture et laisse échapper un liquide clair.

Cette petite fistule se ferme huit jours après.

La malade retrouve son appétit, ses forces reviennent et elle sort le 12 janvier 1899, complètement guérie.

OBSERVATION X

(Schwartz)

Hernie crurale droite étranglée ; anus crural consécutif à la kélotomie ; entéro-anastomose par implantation latérale.

Une malade âgée de 67 ans est amenée à l'hôpital Cochin, le 17 juin 1898 à onze heures du soir, présentant une hernie crurale droite, dont l'apparition remonte à 8 ans.

La malade vomit depuis 48 heures, n'a pas été à la selle depuis cette époque et n'a pas rendu de gaz par l'anus.

Opération 18 juin (M. Schwartz). -- A l'ouverture du sac, on voit s'écouler une certaine quantité de liquide. L'orifice herniaire est débridé par dilatation. La partie étranglée est noirâtre ; il n'y a pas trace de sphacèle, même au niveau du collet. Néanmoins la flaccidité de l'intestin paraît suffisante pour ne pas le rentrer, et on fixe au dehors l'anse herniée à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée traversant le mésentère.

On se propose de rentrer l'intestin après 48 heures d'observation.

Le 20 juin, on aperçoit une plaque de sphacèle, et on agrandit par une incision au thermocautère la perforation déjà constituée.

Un anus crural s'établit peu à peu et persiste ; il ne sort pas de matière par l'anus normal.

En août et septembre l'état est stationnaire. En octobre, on voit deux orifices très nets séparés l'un de l'autre par un point intermédiaire.

Devant l'état général de la malade, et malgré son âge, une intervention est décidée pour supprimer cette infirmité.

L'opération est pratiquée le 17 novembre 1898.

Laparatomie latérale droite. On voit alors la portion de l'intestin grêle qui aboutit à l'anus crural. Le bout supérieur est très distendu ; le bout inférieur revenu sur lui-même est réduit au calibre d'un gros porte-plume. On pratique entre deux pinces la section de l'intestin, excluant ainsi toute la portion herniée. Les deux extrémités de ce segment sont fermées par un double plan de sutures au catgut et à la soie fine.

Cela fait, on ferme de même l'extrémité inférieure du segment supérieur de l'intestin grêle ; et on abouche à angle droit le bout inférieur rétréci et ratatiné de l'intestin grêle.

Dès le lendemain, issue de gaz par l'anus.

Le cours des matières se rétablit complètement par les voies normales.

La fistule muqueuse crurale n'est nullement gênante et il n'y a pas lieu d'enlever les segments intestinaux exclus.

Elle quitte l'hôpital en avril, en excellent état.

OBSERVATION XI

(Maire, thèse de Lyon, 1895).

Hernie crurale gangrenée. — Phlegmon stercoral. — Résection intestinale. — Mort.

Hernie étranglée datant de 5 jours.

Œdème de la peau, sonorité manifeste, signes indiquant la gangrène et la perforation.

Opération : Aspect feuille morte du sac, qui est entouré de pus ; son contenu est aussi purulent. En voulant libérer le sac tout autour, l'intestin rentre et un flot de pus et de matières stercorales s'épanche dans le péritoine.

Laparatomie en prolongeant en haut l'incision ; lavage du péritoine.

On attire l'anse perforée ; elle a été sectionnée par le collet, mais des adhérences l'y fixaient avant sa réduction pour les manœuvres de libération.

Résection plus étendue sur le bout supérieur que sur le bout inférieur. Suture circulaire.

Mort le lendemain matin. Douze heures après l'opération.

OBSERVATION XII

Manley. — Gangrenous strangulated inguinal hernia ;
resection of bowel ; enterorrhaphy ; recovery.

Ann. surg. Phila, 1897.

OBSERVATION XIII

Frederici N. — Resezione intestinale per ernia gangrenata ; enterorrhaphia circolare ; guarigione.

Riforma med. Napoli, 1898.

OBSERVATION XIV

Shears. — Strangulated femoral hernia ; resection of
the intestine ; recovery.

Cliniq. Chicago, 1898.

OBSERVATION XV

Schmidt W. — Incarcerated inguinal hernia on the
right side ; hernial sac containing gangrened intestinal
diverticulus ; intestinal resection ; recovery.

Hygiea Stockholm, 1898.

OBSERVATION XVI

Fowler R. — Resection of intestine for strangulated umbilical hernia.

Brooklyn M. J., 1898.

OBSERVATION XVII

Good J. W. — Strangulated hernia ; resection of small intestine by Maunsell's et method. ; recovery.

W. Canada Lancet Wimpeg, 1898.

Longo N. — Tri casi di resezione intestinale per ernia strozzata gangrenata ; sutura di Apolito-Lembert ; guarigione.

Terap. clin. Napoli, 1898.

OBSERVATION XVIII

Hernie ombilicale étranglée ; gangrène de l'anse étranglée ;
résection et entéro-anastomose (M. Dufour)

(Observation recueillie par mon collègue et ami le Docteur
Canonne).

M^{me} X. . . , de Corni, âgé de 64 ans, entre à Saint-Martin le 25 sept. pour des accidents d'occlusion intestinale, provoqués par une hernie ombilicale étranglée.

Il y a trois ans, M^{me} X..., atteinte de cirrhose atrophique, présenta à un moment donné une ascite considérable qui s'accompagna de hernie ombilicale.

Le régime et les ponctions répétées guérissent la malade, mais la hernie ombilicale augmentant sans cesse de volume, le médecin, M. le D^r Dufour, conseilla le port d'un bandage herniaire, qui malheureusement ne suffit point à maintenir la hernie d'une façon convenable.

Samedi dernier, 22 sept., la malade fut prise subitement de coliques et de vomissements en même temps que sa hernie devenait douloureuse, et qu'elle ne rendait plus ni selles ni gaz.

La hernie ombilicale étant irréductible, et les symptômes d'occlusion persistant toujours, le D^r Dufour conseille à la malade de se rendre immédiatement à Saint-Martin pour s'y faire opérer.

Elle arrive le 25 sept. dans l'après-midi. Le ventre est ballonné ; au niveau de l'ombilic existe une tumeur du volume d'une grosse orange, régulièrement arrondie, assez dure, mate à la percussion et douloureuse.

L'état général est excessivement mauvais. Symptômes d'occlusion ; et cœur en très mauvais état. Pouls petit, filant, irrégulier. Un peu de bronchite.

Le lendemain 26, la malade est préparée en vue de l'intervention.

Anesthésie à l'éther d'abord ; mais l'éther provoquant des quintes de toux continuelles, on remplace l'éther par le chloroforme.

Double incision elliptique circonscrivant le pied de la tumeur. On ouvre la cavité abdominale dans le trait d'inci-

sion, à gauche de la tumeur. On ouvre ensuite la tumeur en suivant l'anse intestinale qui se rend dans sa cavité et y est étranglée.

Le sac renfermant cette anse est ouvert largement et donne issue à un liquide noirâtre et d'odeur infecte. L'anse intestinale étranglée est examinée. Elle est noirâtre congestionnée, présente quelques points sphacelés surtout au niveau où la constriction s'est exercée. Longueur de cette anse 12 centimètres.

Le chirurgien décide de réséquer cette portion d'intestin. Le pouls de la malade faiblissant à vue d'œil, il s'agit d'opérer rapidement. L'anse à réséquer est limitée par deux pinces entérostatiques ; et, des compresses étant disposées au-dessous d'elle, la résection intestinale est pratiquée comme de coutume ainsi que celle de l'épiploon.

Fermeture du bout supérieur et du bout inférieur à l'aide d'un surjet comprenant toute l'épaisseur des tuniques intestinales.

L'occlusion terminée on adosse les deux bouts d'intestin afin de faire une anastomose latérale.

4 plans de suture.

1^{er} plan. — Séro-séreux postérieur.

Ouverture de l'intestin parallèlement et à deux millimètres de la suture.

2^e plan. — Plan muco-muqueux postérieur.

3^e plan. — Plan muco-muqueux antérieur.

4^e plan. — Plan séro-séreux antérieur.

Lavage au sublimé des anses intestinales au niveau de l'anastomose.

Réfection de la paroi.

Suture du péritoine.

Suture de l'aponévrose.

Suture de la peau.

La cicatrice est en forme de croix.

Pansement antiseptique et compressif.

Suites opératoires. — Le pouls se relève peu à peu à la suite d'une injection de sérum et d'une piqûre d'éther.

Pendant la soirée, la malade va abondamment à la selle, elle tousse beaucoup. Le soir elle prend une potion calmante qui lui permet de dormir la nuit entière.

Le 27 au matin, le pouls est élevé, pas de température. Etat général aussi satisfaisant que possible.

Le 28, état stationnaire.

Le 29, un peu de congestion pulmonaire provoquée par le décubitus dorsal prolongée.

On applique des ventouses sèches aux deux bases et on fait lever la malade pendant quelques heures. Le point de côté disparaît et les signes stéthoscopiques diminuent d'intensité.

Les 1^{er}, 2 et 3 octobre il se produit par la cicatrice un écoulement de liquide ascitique, écoulement assez abondant qui oblige le médecin à changer le pansement plusieurs fois par jour. Néanmoins la plaie a bonne mine, elle n'est pas douloureuse. L'état général de la malade est satisfaisant. Pas de température.

Le 6 octobre, il se produit un peu d'écartement des lèvres de la plaie. L'écoulement du sang est plus abondant.

Les 7 et 8 octobre, l'état du cœur est plus mauvais que les jours précédents, pouls irrégulier, oppression.

Du côté de l'intestin, l'amélioration persiste. Pas de co-

lique, pas de vomissements. Selles régulières. La malade serait guérie s'il n'existait une lésion cardiaque qui entretient l'ascite en affaiblissant l'opérée.

Elle est cependant en état de se rendre à Corni ou M. le D^r Dufour lui donne les soins nécessaires.



CONCLUSIONS

I. — Le même traitement ne peut être appliqué au sphacèle limité et à la gangrène totale de l'anse herniée.

II. — Pour combattre la gangrène herniaire localisée, l'entérorraphie séro-séreuse, avec envagination des parties malades de l'anse, nous paraît être la méthode de choix. Ce procédé, dit de Martinet ou « du tout à l'égout » est simple, facile et peut se faire sans instrumentation spéciale.

III. — Lorsqu'il y a gangrène totale de l'anse herniée, le chirurgien n'a le choix qu'entre l'entérectomie immédiatement suivie de l'entérorraphie, ou l'anus contre nature. Le procédé mixte de Bouilly n'offre qu'une trompeuse sécurité.

IV. — La résection intestinale avec rétablissement immédiat de la continuité du tube digestif est le procédé idéal qui ne sera contre indiqué que dans les conditions suivantes : quand le malade est trop âgé ou trop affaibli ; quand les complications septiques et les

réactions inflammatoires des parties molles avoisinant la hernie sont trop considérables ; quand on opère à la campagne dans des conditions matériellement défectueuses.

V. — Si les accidents d'étranglement persistent depuis longtemps, si l'on se trouve en présence d'un véritable phlegmon stercoral, avec sphacèle étendu de masses épiploïques volumineuses, il faut inciser largement, donner au plus tôt issue aux matières fécales. Il ne faut jamais tenter la résection dans de si mauvaises conditions, mais faire passer son malade par la phase ennuyeuse mais salutaire de l'anus contre nature.

VI. — Lorsque les phénomènes inflammatoires seront tombés, quand les parties gangrénées se seront éliminées, la cure radicale de l'anus par résection et suture des deux bouts de l'intestin se fera avec les plus grandes chances de succès.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- ABBE. — Intestinal anastomosis. Medical News, 1889, p. 589.
- ABBE. — Medical Record, N.-Y., 1892, avril. 2.
- ALBERTIN. — Prov. médic. Lyon, 1898, p. 277.
- ALESSANDRI R. — Terap. clin. Napoli, 1896, V. 50.
- AMAT. — Arch. de med. militaire, avril 1895.
- ANGER. — Bulletin de la Soc. de Chir., t. XIX, p. 635.
- ASSAKY. — Revue de Chir. Paris, 1883, t. III, p. 362.
- BARETTE. — Thèse de Paris, 1883.
- BAUDOUIN M. — La suture intestinale. Paris, 1898.
- BENOIT. — Thèse de Paris, 1893.
- BERGER. — Traité de chirurgie.
- BOULLY. — Revue de chir., 1881, p. 35-1883, p. 363.
- CHAPUT. — Technique des opérations sur l'intestin. Paris, 1892, Soc. de chirurgie, 1894, 1896.
- CHAVANNAZ. — Thèse de Bordeaux, 1894.
- CZERNY. — Deutsch méd. Woch., 1889, n° 45, p. 9.7.
- DAYOT. — Arch. prov. de chirurgie, décembre 1895.
- DELAGENIÈRE. — Arch. méd. d'Angers, 1897.
- DELBET. — Gaz. des hôpitaux, octobre 1893, p. 1198.
- DEROCQUE. — Thèse de Paris, 1896.
- DIET. — Thèse de Paris, 1895.
- DOYEN. — Chirurgie de l'estomac et de l'intestin. Paris, 1894.
- DUPLAY ET CAZIN. — Congr. de chirurg., 28 octob. 1895.
- FAURE. — Mercredi médical, avril 1895, p. 183.
- GANGOLPHE. — Revue de chirurgie, avril 1896, p. 295.
- GUINARD. — Bull. génér. de thérapeutique, nov. 1894.

- Congrès de chirurgie, 1898.
- GOOD. — W. Canada Lancet Winipeg, 1898.
- GUSSENBAUER. — Berlin, Klin. woch, mars 1898.
- HARTMANN. — Bull. de la Soc. anat., juillet 1891.
- JABOULAY. — Lyon med. 1891 et 1894.
- Province médicale, 1896, p. 457.
- JALAGUIER. — Bull. Soc. de Chirurg. Paris, 1896.
- JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin. Paris, 1898.
- JEANNIN. — Thèse de Lyon, 1894.
- LE DENTU. — Congrès de Chirurgie, 1895.
- Congrès de Chirurgie, 1898, p. 325.
- Traité de Chirurgie.
- LEJARS. — Bull. méd. janvier 1896.
- MAIRE. — Thèse de Lyon, 1895.
- MARCHAND. — Bull. Soc. de Chirurg. Paris, 1896.
- MAUNSELL. — Lancet London, 1892 i 386.
- MONPROFIT. — Congrès de Chirurgie, 1898, 403.
- MURPHY. — Med. news. fév. 1895, nov. 1895. Lancet, avril 1895.
- PELLIER. — Thèse de Paris, 1898.
- PEYROT. — Thèse d'agrégation, Paris 1880.
- POLLOSSON. — Thèse de Paris, 1883.
- POZZI. — Bull. de la soc. de chir., t. XXVIII, p. 573.
- QUÉNU. — Soc. de chirurg., décembre 1895.
- RECLUS. — Acad. de méd., juillet 1895.
- REVERDIN. — Arch. prov. de chirurg., 1893.
- RICHELOT. — Bull. soc. chirurg., t. XIX, p. 622.
- TERRIE et BAUDOIN. — La suture intestinale, Paris 1898.
- THIENOT. — Gaz. des hôpitaux, janvier 1896.
- TILLAX. — Traité de chirurgie clinique.
- VILLARD. — Lyon méd., 1894, 1895, 1896.
- WELFLER. — Congrès de la soc. chir. Allem., Berlin, 1883.
- ZUCCARELLI. — Marseille méd., 1894, p. 239.

Paris. — JOUVE et BOYER, Imprimeurs, 15, rue Racine.

